

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THESE

1449

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LANDAU

Né le 5 Avril 1914, à Paris

L'Endométrrome de l'appendice

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre LANDAU

Né le 5 Avril 1914, à Paris

**L'Endométrisme
de l'appendice**

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1939

I. — PROFESSEURS

MM.

	»	ROUVIERE.
Clinique gynécologique		Léon BINET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		STROHL.
Clinique thérapeutique médicale		POLONOVSKI.
Clinique oto-rhino-laryngologique		Robt DEBRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		BRUMPT.
Clinique propédeutique		BAUDOUIN.
Clinique de la Tuberculose		ABRAMI.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MONDOR.
Clinique de cardiologie		LEROUX.
Clinique de neuro-chirurgie		CHAMPY.
Assistance médico-sociale		TIFFENEAU.
Professeurs sans chaire		HARVIER.
»		TANON.
»		BALTHAZARD.
»		LAIGNEL-LAVASTINE.
»		FIESSINGER.
»		CHIRAY
Hygiène et médecine préventive		LOEPER.
Médecine légale		CARNOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CLERC.
Pathologie expérimentale et comparée		Marcel LABBE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		LEREBoullet.
Clinique médicale		NOBECOURT.
»		H. CLAUDE.
»		GOUGEROT.
»		GUILLAIN.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEMIERRE.
Clinique des maladies des enfants		CUNEO.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....		GOSSET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GREGOIRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....		LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses		TERRIEN.
Clinique chirurgicale		CHEVASSU.
»		COUVELAIRE.
»		JEANNIN.
»		LEVY-SOLAL
Clinique ophtalmologique		MOCQUOT.
Clinique urologique		OMBREDANNE.
Clinique d'accouchements		RATHERY.
»		LEMAITRE.
Anatomie		Pierre DUVAL.
Physiologie		Maurice VILLARET.
Physique médicale		TROISIEM
Chimie médicale		MATHIEU.
Bactériologie		LAUBRY.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		Clovis VINCENT.
Pathologie et thérapeutique générales		N...
Pathologie médicale		HAZARD
Pathologie chirurgicale		HOVELACQUE.
Anatomie pathologique		MULON.
Histologie		OLIVIER.
Pharmacologie et matière médicale		SANNIE
Thérapeutique		VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON . . .	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MH J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

AUGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale.
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A M. LE PROFESSEUR MONDOR

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

EXTERNAT :

M. LE DOCTEUR BAUMGARTNER

M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

M. LE DOCTEUR WORMS

EXTERNAT EN PREMIER :

M. LE DOCTEUR RICHARD

AUX DOCTEURS :
Miles GAUTHIER-VILLARS ET LAMY

L'ENDOMETRIOME DE L'APPENDICE

Parmi les localisations des endométriomes, l'appendice apparaît le plus souvent comme une localisation connexe, associée à celle des ovaires, du péritoine pelvien et de l'intestin proprement dit.

L'intérêt de cette localisation vient de ce qu'elle peut parfois dominer le tableau clinique. — La malade est opérée avec le diagnostic d'appendicite.

L'endométriome de l'appendice pose donc des problèmes variables.

Du point de vue diagnostic :

Cliniquement, serait-il possible de reconnaître ou de soupçonner l'endométriome au cours d'un syndrome appendiculaire ?

Au cours de l'intervention, certaines constatations anatomiques pourraient-elles éclairer le chirurgien sur la nature réelle des lésions ?

Du point de vue thérapeutique et pronostic.

Lorsque le diagnostic d'endométriome appendiculaire a été posé lors de l'intervention, d'autres sanctions thérapeutiques immédiates s'imposent-elles ?

— Enfin, lorsque seul l'examen histo-pathologique de l'appendice a permis le diagnostic, la guérison peut-elle être envisagée après la simple appendicectomie ?

Tels se présentent dans l'ensemble les problèmes concernant l'endométriome de l'appendice dont un certain nombre d'observations vont nous permettre l'étude.

OBSERVATION I

Nous étudierons tout d'abord l'observation de M. Chalochet (d'Abbeville) où se retrouvent tous les éléments de la discussion.

Mlle B..., 32 ans, est envoyée à la clinique, en mai 1937, pour crise appendiculaire.

Elle a déjà eu, trois ans auparavant, une crise de douleurs abdominales, surtout droites, qui avaient coïncidé avec les règles et avaient occasionné des vomissements répétés, de 7 h. du soir à minuit. Il y a quinze jours, elle a eu de nouveau (brusquement) une petite crise douloureuse. Rentrée dans le calme pendant quelques jours, elle souffre de nouveau brusquement du ventre et a plusieurs vomissements. Sa température est à 37°9, son pouls à 96 ; la douleur est vive dans la fosse iliaque, avec maximum au point Mac Burney ; il y a un certain degré de défense de la paroi, sans contracture nette. La malade vient d'avoir ses règles, et perd encore. Le toucher vaginal est négatif.

On intervient avec le diagnostic de crise appendiculaire : incision iliaque, dissociation musculaire, exploration de la fosse iliaque droite, où apparaît du sang en petite quantité ; il y a de petits caillots et de petits lacs de sang entre les anses et la paroi abdominale.

Le cæcum est attiré avec la fin de l'iléon, les 15 derniers centimètres de l'iléon présentent un aspect très particulier : le tube intestinal est épaissi, un peu cartonné, son calibre paraît rétréci, peut-être à cause de cete induration des parois. En deux endroits, il existe une coudure avec coalescence de deux branches de l'anse, l'adhérence paraissant fibreuse et ancienne. Le mésentère est épaissi (mésentérite rétractile). Sur plusieurs points soit du méso, soit même du bord libre de l'iléon, on note la présence de petits nodules rouges, saillants, sur un fond cicatriciel, où ils apparaissent comme de petites végétations. L'appendice est réduit à un court cordon cicatriciel ; il porte, lui aussi, un sillon de striction par bride. L'épiploon, dans toute sa partie accessible, est couvert par une mince couche de sang noirâtre ; ses vaisseaux sont gorgés de sang. Il a, en somme, l'aspect qu'on lui voit dans les grossesses tubaires rompues. Il est à noter que cet aspect noirâtre de l'épiploon cesse à la limite de la zone où se fait l'adhérence au colon transverse. Il existe, de plus, des lésions d'épiploïte chronique caractérisées par des épaississements et des brides fibreuses.

Résection de l'appendice et enfouissement ; résection partielle de l'épiploon pour examen histologique. Les suites opératoires furent très simples.

Examen histologique :

L'appendice, examiné sur cinq fragments qui répondent à la totalité de l'organe, ne présente que

des lésions inflammatoires minimales, scléreuses d'une part, catarrhales de l'autre, sans qu'apparaissent ni ulcérations de la muqueuse, ni lésions suppuratives. Deux des fragments, de diamètre total agrandi, sont creusés, au voisinage de l'insertion du méso-appendice, en pleine tunique musculaire, de plusieurs cavités ovalaires bordées par un épithélium cylindrique, dont les cellules, régulièrement hautes, munies d'un noyau en situation basale, sont identiques à celles des glandes de l'endomètre. On voit, tout autour de ces tubes, de nombreuses cellules arrondies très sombres, leur formant une gaine régulière, qui sont à identifier au stroma cytogène de la muqueuse utérine ; au delà, le contact se fait avec le péritoine, qui présente une réaction macrophagique parquée autour de granulations pigmentaires dont l'origine sanguine paraît évidente.

Des coupes en séries nous ont montré d'abord combien ces lésions sont limitées : trois coupes seulement prélevées de 10 en 10, intéressent ce nodule ; elles ont mis en évidence aussi qu'il n'existe aucun point de communication entre ces tubes glandulaires et ceux de la muqueuse appendiculaire ; de même, ils ne viennent pas s'ouvrir à la surface séreuse, avec laquelle ils n'ont aucun rapport de continuité.

L'identité de cette formation avec les endométrïomes décrits sur les parois de l'intestin n'est pas douteuse. Notons que la morphologie de l'épithélium endométrïal est ici celle de la phase de repos :

les tubes sont de contour régulier, ils sont vides, leurs cellules bordantes ne contiennent ni mucus, ni glycogène, les noyaux sont en situation régulièrement profonde.

L'épiploon est atteint de sclérose dense ; il porte, lui aussi, comme la séreuse appendiculaire, de nombreux petits îlots cellulaires réactionnels, riches en macrophages et en pigment sanguin ; on n'y voit pas de formations endométrioïdes.

Ces aspects sont ceux de l'endométriose dans sa forme localisée à un court segment de l'appendice, localisée aussi au tiers externe, sous-péritonéal de la paroi de l'organe. Les lésions notées sur la séreuse et sur l'épiploon sont à rapporter à la résorption des hémorragies qui se sont produites dans le péritoine : elles sont dépourvues de tout caractère inflammatoire surajouté.

Aurait-on pu faire le diagnostic avant l'intervention ? Non, sans doute, à cause de la rareté extrême de cette lésion, mais y penser peut-être si l'interrogatoire avait été plus poussé.

Nous avons en effet reconstitué, par la suite, l'histoire de cette malade, qui est intéressante. Elle nous révèle que cette jeune femme ne souffrait de son ventre qu'à l'occasion de ses règles.

Elle a été réglée à 13 ans, dans les premières années, ses règles n'étaient pas douloureuses ; elles le sont depuis dix ans seulement (la malade a 32 ans). Les douleurs sont marquées surtout le deuxième jour, siégeant dans tout l'abdomen et

s'accompagnant de nausées ; pas de réaction intestinale à ce moment. Dans l'intervalle des règles, le ventre est insensible ; il n'arrive à la malade de vomir qu'à l'occasion de migraines.

Elle a eu, en tout, trois crises violentes, l'une il y a trois ans, les deux autres récentes, à quinze jours d'intervalle. Sur trois crises, deux, dont la dernière, ont accompagné les règles. L'examen de l'appareil génital ne révèle aucune anomalie, aucune lésion. Le fait de la coïncidence des règles et des douleurs, s'il était moins banal, serait le symptôme caractéristique, susceptible sinon de faire faire le diagnostic exact, au moins de faire penser à la possibilité d'un endométriose ; mais l'extrême rareté de cette lésion fait qu'on ne la suspectera sans doute qu'exceptionnellement.

Quelques mots maintenant pour terminer l'histoire de notre maladie ; revue huit mois après l'intervention, elle souffre moins et pendant moins longtemps à l'occasion de ses règles ; elle s'alimente normalement ; mais n'oublions pas que si on lui a supprimé son appendice porteur d'un endométriose, elle conserve un iléon dont les derniers centimètres, épaissis et nodulaires, doivent probablement contenir eux aussi, à côté des nodules visibles sur le péritoine, des nodules intra-pariétaux.

OBSERVATION II. — DOUGAL 1923

Mme X..., mariée, 35 ans, jamais enceinte, règles normales, abondantes, elle accuse une douleur vive dans l'abdomen inférieur droit, constante mais plus marquée au moment des règles.

A l'examen, utérus gros et nodulaire, annexes gauches kystiques et adhérentes.

On pense à un fibrome avec annexite.

Intervention : A l'ouverture de l'abdomen, utérus avec nombreux fibromes, vessie adhérente — ovaire gauche kystique, adhérent au sigmoïde. Ce kyste contient un liquide brunâtre qui s'écoule.

Le sigmoïde voisin très épaissi.

Ovaire droit très adhérent au ligament large.

Appendice long, très engagé dans le pelvis — sa pointe est tout près de l'ovaire mais non adhérent. On enlève l'appendice. Hystérectomie.

Guérison :

L'examen, au moment de l'opération, avait conclu à des fibromes. Deux coupes de l'appendice montrent la conservation de la lumière sur plusieurs sections. Le segment distal est recourbé et enfoui dans une masse globuleuse. En un point de la sur-

face, un adénome superficiel qui paraît avoir été traumatisé pendant l'opération.

Plus profondément des îlots adénomateux et de muscles lisses absolument identiques à l'adénomyome utérin.

Sur l'ovaire aspect non concluant. La paroi du kyste a sur sa face interne une zone de tissu très cellulaire contenant quelques formations rappelant des glandes dégénérées.

L'auteur pense que l'adénomyome appendiculaire était secondaire à celui de l'ovaire gauche, apporté par implantation du contenu goudronneux ; une lésion analogue existait sûrement sur le sigmoïde.

OBSERVATION III. — SUZUKI 1924

Mme X..., 48 ans, mariée. Il y a onze ans, on a fait chez elle le diagnostic de fibrome utérin et à ce moment elle consulte divers gynécologues. Actuellement le ventre est plus volumineux, la défécation est difficile et la malade est fatiguée. La menstruation a été jusqu'ici très régulière, durant cinq jours, toujours très douloureuse. Elle n'a jamais eu de grossesse.

L'examen montre l'utérus nodulaire, plus gros que le poing et dur. Les annexes ne montrent rien de particulier. On pratique une hystérectomie sus-cervicale. On trouve des adhérences péri-utérines serrées, surtout sur la face antérieure. Il existe un nodule qui s'est insinué dans le ligament large droit, de la taille d'un œuf, refoulant en dehors les vaisseaux utérins. L'appendice est libre d'adhérences de surface lisse, sa *pointe* est frappante par sa *distension sphérique*, de la taille d'une noisette, mais même là sans adhérences.

Appendicectomy.

La malade sort guérie après vingt-cinq jours.

Examen des pièces.

L'appendice mesure ,5 cm. de long, perméable

jusqu'à sa pente et à la coupe il se montre normal dans sa portion proximale.

A sa pointe il se dilate, présente un aspect tumoral avec un diamètre de un centimètre. Cette tuméfaction sphérique est partiellement incluse dans le méso dont les feuillets graisseux sont dissociés par elle. Même dans cette région, la séreuse demeure tout à fait lisse. Sur une section perpendiculaire au grand axe, on voit que cette masse est pleine. On voit la tunique musculaire longitudinale ainsi que la graisse sous-séreuse demeurées intactes ; la couche musculaire circulaire est très épaissie, la sous-muqueuse et la muqueuse ont disparu, remplacées par la tumeur qui est blanc-grisâtre, rappelant l'aspect d'un fibromyome qui s'insinuerait dans le méso et ferait saillie sous la séreuse. Elle est à son niveau nettement limitée tandis qu'elle est sans contours nets dans la musculature.

Examen histologique :

Dans la zone tumorale on voit les aspects suivants :

La séreuse et la tunique musculaire longitudinale externe sont conservées, mais épaissies si on les compare à la région supérieure. Les vaisseaux sont dilatés, souvent entourés de petites cellules rondes. La limite entre les deux couches musculaires est normale, marquée comme il est normal par les plexus d'Auerbach.

La tunique circulaire est très épaisse et se transforme en une prolifération myomateuse qui répond à la totalité du nodule.

Il est à remarquer que la transition entre ces cordons et la séreuse est nette au niveau de l'angle de réflexion du méso, en ce point il y a une légère invagination du bord de la coupe. En ce point, et en ce point seulement, la séreuse est épaisse par du tissu conjonctif néoformé et infiltrée de cellules rondes qui s'insinuent jusqu'à la couche musculaire. Elles sont bien distinctes de celles qui forment le stroma cytogène des groupes glandulaires.

Toutes les granulations brunâtres visibles dans les tubes et dans le stroma bleuissent par la r. de Perl.

OBSERVATION IV. — SELIG 1926

Mme W..., 37 ans, nullipare, admise quatre jours auparavant pour une crise abdominale. Après absorption alimentaire crampes avec quelques vomissements et légère diarrhée pendant deux jours. Elle croit avoir eu de la fièvre le premier jour mais sans frissons. Les crampes persistent encore à son admission.

Antécédents : rien à signaler sauf sueurs profuses la nuit faisant suspecter une tuberculose iléo-cæcale.

En juin 1922 (deux ans plus tôt), douleurs généralisées avec malaises, sans diagnostic fait.

Dix ans plus tôt une crise semblable.

Histoire menstruelle négative.

Pas de rapport des douleurs avec les règles.

Urines, selles, contenu gastrique normaux.

Globules rouges : 4.480.000.

Globules blancs : 4.800.

Hémoglobine : 90 pour cent.

Examen : Zone de sensibilité exquise du côté droit, à deux travers de doigt de l'arcade de Fallope.

Pas de spasme musculaire, pas de douleurs à la décompression, pas de signes de péritonite généralisée.

Toucher vaginal : Dans le cul-de-sac droit on sent une masse de la grosseur d'un œuf, sensible, élastique, en connexion intime avec l'utérus qui est antéversé de taille normale, insensible.

La masse gagnait en haut jusqu'à la zone de sensibilité pariétale.

L'auteur pense que la masse est trop basse pour être sûrement appendiculaire, et qu'elle monte trop haut pour être sûrement annexielle.

Les signes orientent vers une affection intestinale : on pense à la tuberculose iléo-cæcale.

On laisse la malade en observation.

Un examen radiologique du tractus intestinal reste négatif.

Le lendemain on relève dans l'observation le fait que la malade se plaint de douleurs abdominales généralisées après avoir mangé,

L'auteur commence à croire que l'affection pelvienne est due à une plus forte lésion du cæcum et l'appendice.

Onze jours après l'admission, il y avait de telles douleurs après les ingestions d'aliments qu'on décide une exploratrice. Pendant ces onze jours, elle n'avait pas eu de fièvre et des examens répétés n'avaient pas permis de faire un diagnostic précis.

L'exploratrice permet de découvrir une masse de la grosseur d'un œuf attaché à l'iléon.

Le pavillon de la trompe droite englobé dans la masse, l'ovaire droit, les annexes gauches, l'utérus étaient normaux.

Le cæcum était pris dans la masse, mais l'appendice n'était pas découvrable.

Dissection et mobilisation de la masse au doigt, séparant le cæcum de l'iléon. La surface postérieure du cæcum était « ragged » et friable, saignait facilement et abondamment et était recouverte d'une couche de fibrine gris-verdâtre.

Dans la paroi postérieure du cæcum on sentait une masse ; par dissection on l'isola et on découvrit un appendice enroulé sur lui-même comme un escargot.

Le lit occupé par la paroi postérieure du cæcum et de l'appendice était fait par un tissu de granulation vasculaire qui ressemblait fortement au carcinome.

Ablation de l'appendice, fermeture de la plaie, drain de caoutchouc.

L'examen de l'appendice montra qu'il était complètement sténosé au milieu. Le segment distal contenait des matières. Pas de perforation démontrable.

L'examen histologique fut dans l'incapacité d'expliquer la présence d'acini dans la paroi appendiculaire et fit un diagnostic de probabilité d'adénocarcinome.

En y réfléchissant, on arriva à la conclusion qu'il s'agissait d'une implantation endométriale.

OBSERVATION V. — MILONE 1930

Malade âgée de 43 ans, mariée, réglée pour la première fois à 11 ans.

Les règles d'abord régulières devinrent abondantes et s'accompagnèrent de douleurs dans le bas-ventre, les reins, et la racine du coccyx.

Six grossesses : quatre à terme et deux f. c., l'une il y a neuf ans, de deux mois, spontanée, l'autre il y a huit ans, provoquée au deuxième mois.

En mai 1923, violentes douleurs dans le quadrant inférieur droit du ventre, fièvre élevée à 39°. On pense à une crise d'appendicite.

Diète : glace sur le ventre. En une semaine la fièvre tombe, la douleur s'atténue.

En avril 1928 elle est reprise de douleurs dans le quadrant inférieur du ventre, moins violentes mais persistantes et augmentées par la fatigue.

Dans le dernier temps elle souffrait continuellement d'une douleur diffuse, dans la fosse iliaque droite. La malade présentait constamment de la constipation qui s'était accentuée ces temps-ci au point de l'obliger de faire un usage courant de purgatif.

Elle entre à la clinique le 26 septembre 1928 ; le 3 octobre elle accuse une douleur assez vive de la

région iléo-cæcale. La palpation de l'abdomen révèle une douleur au point de Mac Burney.

L'examen radiologique fait quelques jours après montre que l'appendice n'est pas rempli par le liquide opaque.

La symptomatologie, l'examen et la radiologie font poser le diagnostic d'appendicite chronique. On décide d'intervenir. Le 13 octobre appendicectomie. L'appendice se laisse facilement extérioriser. Il présente à sa base d'implantation sur le cæcum comme une invagination déterminée par la rétraction du mésentère à son insertion sur l'organe. Le mésentère ici a une coloration blanchâtre et un aspect cicatriciel. Dans son épaisseur, juste au-dessus de l'appendice auquel il adhère fortement, on peut individualiser un nodule de la grosseur d'un grain de maïs de consistance dure. D'autres petits nodules durs de coloration blanchâtre et de la grandeur d'une tête d'épingle sont disséminés sur le cæcum et l'anse iléale. L'appendice fut enlevé avec un petit morceau de cæcum immédiatement voisin de son insertion.

A la suite de l'examen histologique, on fit une recherche soigneuse des antécédents sexuels de la femme qui mit en évidence une dysménorrhée douloureuse dans les cinq dernières années et on pratiqua un examen gynécologique. Museau de tanche dur, irrégulier, dévié à droite ; à travers le cul-de-sac gauche on palpe une masse ronde de la grosseur d'une orange mobile vers la fosse iliaque gauche.

Cette masse dure, élastique, bosselée fait corps avec l'utérus et se perd sans limite nette dans la fosse iliaque gauche.

L'hystérographie montra un certain degré de dilatation dans la cavité utérine, une irrégularité de ses contours.

On pense alors que le nodule appendiculaire est secondaire à une endométriose de l'utérus. On décide une deuxième intervention pour le 15 novembre.

À l'ouverture du péritoine, on remarque que la séreuse du sigmoïde est parsemée de petits nodules similaires, d'autres sont disséminés sur le grêle. Ils apparaissent blanc-grisâtre, gros comme une tête d'épingle, une anse grêle adhère fortement à l'utérus. Les annexes droites et gauches sont tuméfiées et se confondent avec l'utérus en une unique masse à superficie irrégulière, bosselée et fixée dans le petit bassin.

On referme.

On était en présence d'une dissémination péritonéale et intestinale d'une endométriose de l'utérus qui simulait une carcinose péritonéale et qui avait donné lieu du côté de l'appendice à des faits assez graves,

OBSERVATION VI. — BREUER 1930.

Malade 35 ans, toujours bien portante, réglée à 14 ans. Règles durant quatre jours, peu abondantes, non douloureuses. Dernières règles vingt-quatre jours avant l'opération.

Un accouchement il y a deux ans, normal.

Trois semaines plus tard elle est curettée pour des hémorragies, et a ensuite de la fièvre pendant quinze jours. Depuis ce temps elle souffre souvent du bas-ventre et du dos.

Six mois après cet accouchement, f. c. de deux mois à la suite de laquelle un médecin parle d'ovaire.

C'est trois mois plus tard qu'elle vient à la Polyclinique de la Charité de Berlin.

Examen : Examen général négatif.

Douleur vive à la palpation du bas-ventre.

Au toucher, utérus de taille normale, antéfléchi, le col est à droite de la ligne médiane.

A gauche et en arrière de l'utérus, masse kystique plus grosse que le poing, adhérente dans le Douglas. On ne sent pas les annexes droites.

Opération : Kyste ovarien gauche à contenu chocolat qui se rompt malgré le soin apporté à sa mo-

bilisation. On essore le liquide. Les annexes droites sont normales.

L'appendice apparaît dans le champ opératoire. Il porte un petit nodule brunâtre de la taille d'une lentille.

On fait l'ablation des annexes gauches et de l'appendice.

Guérison.

Examen de la pièce :

L'appendice porte très près de sa pointe un petit kyste à contenu chocolat. Sa base est très épaissie et infiltrée.

Examen histologique :

L'appendice ne contient pas de cavité vers la pointe, mais on voit encore ses follicules clos. Le petit kyste est revêtu de muqueuse de type utérin avec stroma cytogène. Il contient une hémorragie ancienne.

Vers la base, la lumière centrale persiste, excentrée. La musculature lisse est hyperplasiée et creusée de cavités glandulaires, multiples de type endométrial. Les unes sont arrondies sans modification prémenstruelle de l'épithélium. D'autres ont un revêtement papillaire, riche en glycogène. On voit aussi du glycogène dans le stroma.

Ces lésions d'endométriose étaient donc près de la pointe sous la forme d'un kyste, et à la base sous forme d'une infiltration tubulée massive. Et dans cette région, comme sur l'ovaire, on trouve des modifications cycliques de la muqueuse. Des vestiges des hémorragies menstruelles sont visibles.

OBSERVATION VII. — EWALD 1934.

Malade 26 ans, aucune intervention, aucun curettage, aucun avortement antérieur. Règles de six à sept jours, accompagnées de douleurs modérées. Elle souffre davantage six jours après les règles, et cela depuis une « inflammation cæcale » datant de deux ans. Ces douleurs sont localisées à droite.

On palpe une tuméfaction très douloureuse des annexes droites et on intervient avec le diagnostic d'annexite probablement gono.

A l'intervention on voit l'appendice très épaissi à sa pointe, adhérer à une tumeur de la taille d'un œuf, formée surtout par l'ovaire. En la libérant, cette tumeur donne issue à du sang noir.

Ablation des annexes droites et de l'appendice.

A l'examen des pièces : l'ovaire et la trompe sont normaux, l'appendice libéré de la masse d'adhérences est court (4 cm.), coudé, sa pointe est dilatée (cerise).

Sa surface est apparemment normale. A la coupe, la zone tumorale est pleine, blanchâtre. Plus haut il y a une lumière excentrée, semi-lunaire,

la muqueuse étant refoulée par le nodule endométrial.

Plus les coupes sont hautes, plus la nodosité diminue et plus la topographie de l'appendice redevient normale.

SYNTHÈSE ANATOMO-CLINIQUE

De l'étude des observations recueillies, nous essayerons de dégager la symptomatologie des endométriomes de l'appendice.

Or, en dehors des formes pour ainsi dire asymptomatiques où la lésion appendiculaire n'est qu'une simple découverte histologique, il existe des formes purement génitales de l'affection.

Les seules formes que nous nous attacherons à décrire sont les formes appendiculaires vraies, formes purement digestives, posant un important problème de diagnostic.

La malade est âgée de 30 à 50 ans.

Elle se présentera au clinicien comme atteinte d'une appendicite des plus banales.

C'est souvent à la suite d'un repas inaccoutumé que les phénomènes sont apparus : nausées, vomissements, s'ensuivent ainsi qu'un peu de diarrhée qui succède après une constipation de plusieurs jours. En même temps état subfébrile qui confirme le diagnostic d'appendicite auquel on s'arrête. Or, un bon interrogatoire, minutieusement conduit, aurait pu prendre ici toute sa valeur.

L'examen génital négatif pouvait être d'autant plus frappant que la crise actuelle correspond nettement aux règles.

Les crises du passé sont toujours survenues à cette période des règles et presque constamment à ce moment seulement, tout au moins pour les crises notables, et ceci de manière assez nette pour que la malade puisse souvent le noter.

Par ailleurs, d'autres précisions fournies par l'interrogatoire auraient évoqué des troupes pelviens correspondant aux lésions que ces malades portent presque toujours sur leur appareil génital.

Ce sont presque constamment des dysménorrhéïques ; ou bien si les douleurs menstruelles sont de date récente, elles se sont installées, progressivement sans doute, mais définitivement et de plus en plus violentes.

Enfin, les règles sont troublées dans le temps, dans leur durée et leur abondance, si bien que toutes ces malades ont déjà été examinées pour ces dysfonctionnements divers et les diagnostics gynécologiques les plus variés ont été posés même lorsque l'examen physique ne révélait pas de lésions appréciables.

Le problème est donc de savoir si, par les seuls moyens de la clinique, il est possible d'arriver à un diagnostic pré-opératoire précis.

Les observations publiées semblent démontrer l'affirmative à condition de songer à ce diagnostic et de regrouper les signes essentiels :

1° Pauvreté des signes appendiculaires et digestifs, qui demeurent atypiques, même pour une

appendicite subaiguë, la zone de sensibilité parfois exquise de la fosse iliaque droite ne s'accompagnant ni de contracture, ni de signe de Rowsing ni d'aucun signe péritonéal.

2° Répétition des crises dans le passé.

3° Disménorrhée importante et progressive.

4° Et avant tout, coïncidence des crises antérieures et de celle qui conduit la malade à l'intervention avec la période des règles.

Le diagnostic précis vient influencer le geste thérapeutique. Si ce diagnostic exact était posé, il n'est pas douteux que devant un syndrome appendiculaire d'une suffisante netteté, l'intervention serait décidée.

L'appendice enlevé, examiné, on se souviendra qu'il s'agit en fait d'une affection diffuse, dont les foyers primordiaux sont restés dans l'abdomen. C'est ce qui a conduit à discuter de la nécessité d'une castration chirurgicale ou radiothérapique dans le but d'éviter les récides possibles d'accident liés à la présence de lésions tant sur l'intestin voisin que sur les organes génitaux.

L'aspect macroscopique des lésions était exceptionnellement significatif dans l'observation n° 1, un ensemble aussi frappant n'apparaît pas dans les autres observations.

Si le chirurgien est intervenu sans avoir songé à la possibilité de l'endométriose, il peut cependant

être frappé par les lésions associées des organes pelviens.

Si le chirurgien est à l'inverse intervenu pour des lésions des organes génitaux, l'atteinte de l'appendice est une découverte opératoire.

Les lésions histologiques de l'endométriose sont, au niveau de l'appendice, ce qu'elles sont ailleurs; elles peuvent être diffuses ou localisées. Ces dernières en déformant le calibre de l'organe sont surtout riches en symptômes digestifs.

Par rapport aux tuniques : c'est sous la séreuse, souvent en regard du méso ou dans son angle d'accolement que les tubes endométrioïdes s'abritent, se creusent surtout dans la couche musculaire externe.

Particulièrement intéressant est ce fait que les lésions inflammatoires associées manquent à peu près constamment sur ces appendices.

CONCLUSIONS

1° L'endométriome de l'appendice représente une des plus rares localisation digestive des endométriomes.

2° Sa symptomatologie en général noyée dans telle autre localisation associée, peut dominer le tableau clinique réalisant un syndrome appendiculaire. La coïncidence des crises et des règles constitue l'élément clinique essentiel.

3° L'extrême rareté de cette affection, sa symptomatologie peu explicite, expliquent qu'elle est, dans l'immense majorité des cas, une découverte opératoire ou plus souvent une découverte d'examen histologique.

Le siège externe des lésions par rapport aux tuniques de la paroi appendiculaire, l'absence de lésions inflammatoires associées constituent les éléments histologiques les plus importants.

4° Du point de vue thérapeutique et pronostic nous retiendrons essentiellement qu'il s'agit d'une

affection avant tout diffuse ayant fait, par certains auteurs, discuter de la nécessité d'une castration chirurgicale ou radiothérapique lorsque l'examen de l'appendice enlevé sera venu éclairer le diagnostic.

Vu : Le Doyen,
TUFFENEAU.

Vu : Le Président,
MONDOR.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSEY.

